

Howard B. LEVINE

Créer des analystes, créer des analysants

Article publié sous le titre "Creating analysts, creating analytic patients". Int J Psychoanal (2010) 91:1385-1404. Traduit par Michel Sanchez-Cardenas ; relecture par Patricia Waltz. Des versions antérieures de cet article ont été présentées à la séance plénière de la rencontre de la FEP (Fédération Européenne de Psychanalyse) du groupe de travail « Débuter une psychanalyse » en mars 2006 à Barcelone et lors des rencontres d'hiver de l'American Psychoanalytic Association de 2004

Appliquant aux problèmes cliniques une conception actuelle du processus analytique – basée sur un regard bifocal qui inclut le point de vue transformationnel et le point de vue archéologique, l'auteur de cet article examine la question de la création d'analysants: cas d'indication d'analyse, proposition d'analyse, recommandation et négociation relatives à l'intensification de la fréquence des séances de psychothérapie analytique. L'accent est essentiellement mis sur le rôle du psychisme et sur l'identité analytique de l'analyste, y compris sur sa capacité à maintenir un cadre analytique interne et une attitude analytique dès la première rencontre avec le patient et tout au long du traitement, sur la confiance de l'analyste et sa conviction de l'utilité de l'analyse pour une dyade¹ analytique donnée, ainsi que sur le rôle de la théorie de l'analyste. Elle devrait être suffisamment étendue et étoffée pour lui permettre de sentir qu'il fonctionne sur un mode analytique, qu'il ait à faire à des structures non-névrotiques (états psychiques où les représentations font défaut) ou névrotiques.

Mots clés : initier une analyse, intensification de la fréquence des séances, intersubjectivité, états mentaux non représentés, processus thérapeutique, analysabilité, trouver des cas d'analyse, transformation, contre-transfert, psychothérapie psychanalytique

¹ Ndt : le mot anglais choisi par Levine est celui de « dyad ». Le traduire par « dyade » nous a semblé plus proche du sens qu'il lui donne que ne le permettrait, par exemple, celui de « couple » analytique. « Dyade » nous semble respecter davantage son idée d'une rencontre où s'entremêlent les psychismes du patient et de l'analyste par delà leur individualité respective.

I

Un modèle bifocal pour la psychanalyse

Trouver des cas d'analyse est devenu un problème important à tous les niveaux des professions qui ont une pensée psychanalytique. Les analystes voient moins de patients en analyse, ce qui peut être assez déprimant et quelques collègues se mettent à douter de la possibilité de faire des analyses, voire même, peut-être, de son efficacité. La spécificité et le potentiel transformationnel, uniques, de la psychanalyse sont confrontés au danger d'être remplacés par une vision plus limitée où l'analyse serait perçue comme une « super-psychothérapie » orientée vers la résolution de problèmes et vers l'adaptation du sujet. Cela pousse à reconsidérer différents éléments : le sens même de la psychanalyse, son champ d'application et la façon dont les hypothèses et convictions de l'analyste sur le sens et la pertinence que l'analyse conserve, ainsi que ses attitudes et ses croyances influencent les patients potentiels et affectent sa capacité à trouver et à faire évoluer des cas d'analyse. Cela engage également à reconsidérer quelques paramètres techniques impliqués dans la proposition d'une analyse, sa mise en route et dans l'augmentation, pour des thérapies analytiques en cours, de la fréquence des séances. Dans cet article, je proposerai l'élaboration d'une théorie qui permet aux analystes de penser et de travailler selon des modalités qu'ils peuvent percevoir comme fermement « psychanalytiques » avec des patients et des situations hors des limites habituelles (névrotiques) qui, elles, correspondent à un fonctionnement psychique fondé sur la possibilité de représenter les états mentaux.

Lorsque j'ai commencé ma formation d'analyste, au début des années 70, on avait une définition très restreinte de la psychanalyse, et trouver des cas était synonyme d'évaluer l'« analysabilité » du patient. On considérait celle-ci comme relevant objectivement des capacités du moi du patient et ceci de façon relativement indépendante du potentiel spécifique à la dyade analytique ou à l'analyste en présence. A cette époque, les entretiens préliminaires étaient pensés comme des exercices de « triage » médical, l'analyste qui faisait l'évaluation y fonctionnant comme « garde-frontière ». Il était généralement admis que l'évaluation attentive des motivations du patient, de la force de son moi et de sa psychopathologie permette aux analystes de sélectionner les patients appropriés (c'est-à-dire des névrosés avec des structures mentales plus ou moins bien structurées) qui, entre les mains d'un « psychanalyste suffisamment bon », tendraient à faire des analyses réussies. Même s'il était permis de proposer « une thérapie préparant l'analyse » (voir par ex. Rappaport, (1960), même après que la « conversion » de patients de psychothérapie en patients en analyse avec le même analyste devienne une pratique acceptée (Bernstein, 1983 ; Levine, 1985), les analystes, du moins aux USA, avaient encore tendance à évaluer les patients qui pourraient bénéficier d'une analyse dans une perspective où les obstacles devaient être levés avant que l'analyse ne soit proposée.

La justification de ces postulats découlait en partie des résultats cliniques décevants obtenus avec de patients dont le fonctionnement psychique n'était pas conforme aux conditions imposées par le modèle d'une technique classique. Dans notre champ, conçu à l'aune de la névrose, du refoulement et des états mentaux représentés, on était passé d'un optimisme injustifié quant aux applications possibles de la psychanalyse à presque toutes les formes de psychopathologie à une reconnaissance assagie des limites de nos ambitions thérapeutiques, reconnaissance liée au développement de notre compréhension de la clinique et de la théorie de la technique.

Les circonstances économiques et historiques ont aussi joué un rôle. La psychanalyse était alors un traitement très valorisé alors que d'autres formes de thérapie n'existaient pas encore et que les traitements psychopharmacologiques n'avaient pas envahi l'imaginaire du grand public ou du marché. L'association d'une pléthore de cas qu'on pensait analysables avec un manque relatif d'analystes

permettait à ces derniers d'être très sélectifs sur le choix de qui ils prenaient en traitement. Par la suite, cependant, soit la pathologie des patients venant nous consulter se mit à changer, soit nous avons approfondi notre compréhension de la complexité des difficultés présentées par tous nos patients. Quoiqu'il en soit, le nombre croissant de patients non névrosés désormais présents dans la casuistique contemporaine des analystes, ainsi que la reconnaissance de parties non névrotiques du psychisme et, ce, même chez des patients névrosés², nous ont mis au défi de repenser et d'élargir notre vision de la technique analytique, des indications d'analyse et de la nature même de la psychanalyse.

Au moment de ces changements, les indices que quelque chose « clochait » dans nos postulats traditionnels sur l'évaluation et l'analysabilité se profilaient déjà. Les tentatives des chercheurs en psychanalyse d'appuyer les postulats classiques sur l'analysabilité et le pronostic se révélaient problématiques. Par exemple, dans une revue exhaustive de la littérature portant sur les résultats de l'analyse, Bachrach et al. (1991) concluaient que « l'étendue et la qualité du bénéfice thérapeutique et de l'analysabilité... [étaient] relativement imprévisibles (p 907, italiques dans le texte original), même pour les patients que l'on pouvait considérer comme y étant les plus adaptés (c'est-à-dire sélectionnés sur la base de la force de leur moi et de leur présumée analysabilité).

Rétrospectivement, il semble que cette conclusion ait été l'inévitable résultat du fait qu'on essayait alors d'appliquer une conception de l'analyse qui était en relation avec une interprétation étroite de la technique dérivant de la première topique de Freud, c'est-à-dire celle d'une psychanalyse de la névrose, à des patients et à des conjonctions non névrotiques pour lesquelles elle ne convenait pas, ou n'était pas suffisante. En rappelant la fameuse métaphore de Freud (1937b), nous pourrions appeler cette façon de voir modèle archéologique de l'esprit et noter son lien avec ses formulations initiales sur les rêves, sur l'analyse des rêves et sur l'inconscient (Freud, 1900).

Pour reformuler ceci en termes contemporains, nous pourrions dire que le modèle archéologique est parfaitement adapté à des situations dans lesquelles les constituants psychiques ont atteint le stade de la représentation, ont été plus ou moins investis symboliquement et liés de façon associative les uns aux autres. C'est ce lien symbolique à des désirs, fantasmes et besoins dangereux et/ou inacceptables qui débouche sur la situation, familière, où certains constituants psychiques se trouvent pris dans la conflictualité et subissent les vicissitudes du refoulement ou d'autres déguisements défensifs, restant ainsi cachés à la conscience tout en continuant à exercer une pression sur le psychisme jusqu'à ce que les conflits dans lesquels ils sont pris soient découverts et élaborés.

Dans les exemples où des cas non névrotiques ont été traités avec succès dans le cadre de cette formulation archéologique de la psychanalyse - nous pourrions dire malgré cette formulation - ces succès ont moins souvent été dus à l'application rigoureuse d'une théorie de la technique qu'à l'influence de facteurs non techniques tels que la réponse intuitive de l'analyste aux besoins du patient, à l'application de ce que l'on appelait « art psychanalytique » ou encore au fait d'engager le patient dans une recherche de sens quasi-indépendante de la nature même du sens qui était découvert.

2 *Que le psychisme de patients même névrosés inclue des états mentaux non représentés, et donc qu'il comporte des secteurs non névrotiques, est implicite dans la description de Freud (1923) du ça comme force plus que comme contenu spécifique. Il le notait de façon explicite dans L'analyse avec fin et l'analyse sans fin: « Toute personne normale n'est en fait que moyennement normale, son moi se rapproche de celui du psychotique dans telle ou telle partie, dans une plus ou moins grande mesure... » (Freud, 1937, p. 250).*

On peut encore citer l'effet salutaire de facteurs thérapeutiques spécifiques dans la relation analytique, comme par exemple une qualité consistante de présence, une empathie, un intérêt sans jugement pour le patient, ainsi que le maintien d'un cadre et d'une attitude analytique, etc.³

Il est évident que le modèle archéologique a eu une immense valeur pour le traitement des patients névrotiques et qu'il a été central pour le développement de la psychanalyse. Cependant, quoiqu'il reste adapté à de nombreux patients à certains moments, comme base de la théorie de la technique, il ne suffit pas toujours pour tous nos patients. Pour les patients qui souffrent des conséquences d'états psychiques mal ou pas représentés (Botella et Botella, 2005 ; Green, 2002a) il est nécessaire d'y ajouter un modèle de l'interaction analytique en tant que construction ou que transformation, un modèle centré sur le fonctionnement du psychisme de l'analyste comme partie prenante de la dyade analytique dans la création et/ou le renforcement des composants psychiques plus que de leur découverte ou de leur dévoilement. Les axes de ce second modèle dérivent du dernier Freud (par ex. 1920, 1923, 1937b), du travail fondateur d'auteurs tels que Bion (1974, 1979, 2005), Winnicott (1969) et Baranger et al. (1983) et ils trouvent un prolongement chez des auteurs contemporains tels que Green (1974, 2002a, 2005), Ferro (2000, 2002) et Botella & Botella (2001).

Ce modèle transformationnel met l'accent sur le fait que la psychanalyse est une activité spécifique à chaque dyade analytique, qui se joue à deux, et dont il est légitime de penser qu'elle concerne autant, si ce n'est plus, la création de symboles, de pensées, de sentiments et de l'inconscient lui-même, qu'elle ne porte sur leur découverte ou leur dévoilement. Dans certaines situations, la tâche de l'analyste concerne moins l'analyse des défenses ou la découverte de sens cachés ou déguisés que le fait de prêter son psychisme pour faciliter le développement des pensées, sentiments et états psychiques propres au patient, et pour élaborer ces éléments nouvellement formés et les mettre en lien avec d'autres composantes, que ce soit dans l'esprit de l'un ou de l'autre des partenaires de la dyade analytique ou dans leur espace psychique intersubjectif commun. En bref, un travail « qui consiste à avoir transformé par liaison de l'informel en une forme... » (Green 1974, p 84) et à « travailler avec le patient à une double opération : donner un contenant à ses contenus et donner un contenu à son contenant... » (1974, p. 80).

Dans la perspective de ce second modèle, les résultats de Bachrach et al. (1991) semblent presque incontournables. Les données importantes d'une psychanalyse, même chez des patients qu'on pense névrotiques, s'avèrent hautement subjectives, instables et co-déterminées au sein d'une dyade psychanalytique spécifique et en attente d'y être créées plutôt qu'objectives, fixées et fonction du psychisme d'un patient qui, lui seul, serait en attente d'être découvert.

3 Par exemple, on peut se demander quel gain thérapeutique – gain que les analystes « relationnels » prétende dériver du fait de « jeter le livre aux orties » (Greenberg, 2001 ; Hoffman, 1994) – dérive du besoin de se libérer des restrictions liées à une théorie archéologique de la technique dans des situations cliniques qui requièrent, à sa place, une autre théorie. Savoir si cette « autre théorie » trouve une meilleure formulation en termes de modèle transformationnel de l'analyse en lien avec des aspects de la métapsychologie freudienne nécessiterait une discussion plus exhaustive et plus étendue que ne le permet le champ de cet article. Le modèle bi-focal que je propose peut n'être qu'une parmi plusieurs solutions de possibles aux problèmes qui, je crois, naissent du fait de ne se fier qu'au modèle archéologique de manière exclusive ou prédominante. Pour ceux qui pratiquent déjà selon ce modèle, même s'il est différent de celui que je propose, j'espère que ce qui suit leur apportera une confirmation. Pour ceux à qui ce modèle manque et qui s'efforcent de garder le sentiment cohérent de pratiquer dans un cadre analytique pour des patients et des situations non névrotiques, j'espère que ce qui suit se révélera utile.

On peut alors s'attendre à ce que des critères insaisissables et intersubjectifs propres à la relation patient-analyste aient une importance au moins égale (si ce n'est plus grande) que des facteurs « objectifs » centrés sur le patient afin de déterminer la profondeur de l'engagement analytique, les qualités du processus et les résultats éventuels de l'analyse.

Les travaux de Kantrowitz (1993, 1995) et de ses collègues (Kantrowitz et al. 1989) corroborent de façon inattendue ce type de raisonnement. Leurs recherches portent sur les résultats de l'analyse en fonction de quatre critères centrés sur la force du moi du patient et de sa présumée analysabilité, c'est à dire son sens de la réalité, ses relations d'objet, sa tolérance aux affects et sa motivation. A leur propre surprise, ces auteurs ont découvert que la force et la présence de ces quatre critères (sens de la réalité, relations d'objet, tolérance aux affects, motivation) étaient de moins bons prédicteurs des résultats de l'analyse que certaines critères interpersonnels de la dyade qu'ils avaient nommés « accordage⁴ analytique ». Cependant, leur formulation de « l'accordage », était limitée à une théorie qui restait prise dans un cadre analytique traditionnel (archéologique) et qui ne permettait pas de bien prendre en considération la richesse et la complexité de la relation intersubjective qui peut exister entre un patient et un analyste (Levine et Friedman, 2000). Ils s'étaient focalisés sur la prise en compte importante, certes, mais plus limitée, de la complémentarité ou de la congruence de conflits ou de tâches aveugles dans une dyade analytique singulière. Ce qui fait notablement défaut dans leurs travaux est une réflexion ou une discussion, des conditions qui permettraient à ces patients, ne possédant pas les qualités pré-requises avant une analyse (comme la capacité de faire confiance à un autre, l'auto-observation, la tolérance des affects, etc.) et des moyens qui pourraient être mis en œuvre pour les développer. L'idée que l'analyse pourrait être un moyen puissant, et souvent le traitement de choix, pour les aider à acquérir ces qualités était inexistante.

La reconnaissance de ce dernier point est facilitée par l'adoption du modèle transformationnel car celui-ci met l'accent sur l'émergence d'un processus spontané, inconscient, interactif et intersubjectif qui permet la mise en place et le renforcement des représentations psychiques, de symboles et de chaînes d'associations. Ce modèle considère que l'évaluation du pronostic et de l'analysabilité est une donnée spécifique à chaque dyade analytique, qu'elle requiert la prise en considération de variables de l'analyste autant que du patient et qu'elle est fonction de l'inter-affectivité, des interactions potentielles et des connections émotionnelles qui peuvent se développer dans chaque dyade patient-analyste. Le recentrage de ce modèle permet aussi à faire passer l'attention portée aux facteurs extrinsèques de la définition de l'analyse, tels que la fréquence des séances, sur des facteurs intrinsèques tels que le degré auquel s'ouvre, au sein de la dyade, un espace psychique dans lequel l'analyse peut se dérouler, et ce pour chaque partenaire⁵.

Ce que je soutiens est que nous disposons maintenant des grandes lignes, que nous devrions utiliser dans la recherche de cas d'analyse, d'un modèle « bifocal » de la psychanalyse : transformationnel et archéologique. Le confort et la familiarité de l'analyste concernant les implications techniques de ce modèle « bifocal » et la conviction qu'il a de son utilité lui permettront de penser et d'agir analytiquement aussi bien avec des états représentés que non représentés, qu'avec des parties bien organisées que désorganisées du psychisme de son patient, ou qu'avec des phénomènes autistiques, psychotiques et limites que névrotico-normaux. Adjoindre le focus transformationnel complète et élargit une théorie qui peut être appliquée à un plus grand nombre de patients.

4 Ndt : *analytic match*.

5 Cette réorientation de la définition de l'analyse qui va des facteurs extrinsèques vers les facteurs intrinsèques est compatible avec les buts définis par Gill (1994), qui pressait les analystes de lier leur définition de la psychanalyse au processus thérapeutique plus qu'à la fréquence des séances et à l'utilisation du divan.

Cela aidera les analystes à trouver des cas en les enhardissant à encourager leurs patients, même si ceux-ci sont « plus malades », à commencer une analyse ou un traitement plus intensif.

En concevant que chaque analyse ou thérapie analytique requière une improvisation inconsciente conjointe, le processus commencera pour l'analyste dès le premier contact et, on peut l'espérer mais ce n'est pas aussi nécessaire, aussi pour le patient qui se demandera et qui découvrira comment et sur quoi cette dyade va commencer à improviser ensemble, inconsciemment et spontanément. En commençant un traitement, les « questions de diagnostic », dès lors, passent de l'accent traditionnellement mis sur le patient comme individu et sur les capacités de son moi, vers le fonctionnement psychique de l'analyste qui réagit à son patient et vers la dyade analytique. Ainsi, dès le premier contact avec un éventuel nouveau patient les analystes pourraient gagner à se demander : « Est-ce que je me sens capable de fonctionner comme analyste avec ce patient et comment? Le monde intérieur et l'histoire de ce patient ont-ils du sens pour moi ? De quelle façon entrent-ils en résonance avec mes propres sentiments et mon vécu intérieur ? Puis-je me faire une représentation du monde interne de ce patient ? Et qu'en est-il de la vivacité de cette représentation ? ». Et, si un analyste se sent incapable de le faire, dans quelle mesure ce ressenti représente-t-il alors une réaction à un retrait affectif, un gel du psychisme (Green, 2002), ou à une perte, chez le patient, de la cohérence interne qui pourront ultérieurement, grâce à une élaboration, devenir l'objet d'une réflexion vivante dans le psychisme de l'analyste ?

II

Le psychisme de l'analyste et la dyade analytique

Envisager ainsi la psychanalyse permet de comprendre là où se trouvent les facteurs importants qui permettent de proposer une analyse et ses facteurs d'acceptation et de réussite : ils passent du « dedans » du patient au « dedans » de la dyade analytique. En ce qui concerne la dyade, l'analysabilité et le résultat de l'analyse dépendront essentiellement de la façon dont une compréhension et une attitude analytique pourront être maintenues de manière satisfaisante avec chaque patient dans le psychisme de l'analyste.

En mettant l'accent sur le rôle de l'analyste, je ne veux pas mettre au second plan qu'en dernière instance le succès de la cure dépendra de l'acquisition par les deux participants d'un certain degré de flexibilité et de perméabilité de leur identité. Cependant, pour certains patients, cette flexibilité sera le résultat de leur analyse plus que son point de départ. Ainsi, dans de nombreux cas, la création d'un patient analytique donné sera fonction du degré avec lequel l'analyste sera capable, intérieurement, de se créer lui-même en tant qu'analyste, avec et pour ce patient particulier, et de le rester. Cette affirmation focalise notre attention sur la position centrale du contre-transfert, quelles qu'en soient ses manifestations (normales - Money-Kyrle, 1956 - et pathologiques, spécifiquement liées au caractère de l'analyste, globales ou étroites), ce qui implique que ce qui est requis de l'analyste est l'équivalent d'un acte de formation analytique qui doit être à nouveau refait avec chaque patient, et peut-être même dans chaque séance. ⁶

6 Ndt : les auteurs nord-américains ont l'habitude de distinguer le contre transfert dans sa globalité (il concerne alors toutes les manifestations du contre-transfert) et dans ses manifestations plus « étroites » (narrow), liées, elles, à un trait de personnalité plus spécifique de tel ou tel patient en particulier.

Comme la littérature traditionnelle sur l'« analysabilité » se penche sur le modèle archéologique, je n'essaierai pas d'en faire ici une revue. A la place, je voudrais attirer l'attention sur le livre de Rothstein (1995) *Psychoanalytic Technique and the Creation of Analytic Patients*. Quoiqu'il n'aille pas explicitement aussi loin qu'il le pourrait pour redéfinir l'analyse selon mon modèle, il propose un changement des postulats classiques sur les contre-indications d'analyse par une extension presque totale des indications. Il soutient qu'un élément crucial du développement d'une pratique analytique est celui de la conviction⁷ qu'a l'analyste qu'un essai d'analyse⁸ représente le « choix optimal » pour presque tous les patients qui viennent chercher de l'aide auprès d'un analyste⁹.

Dès que la conviction de l'analyste est impliquée comme élément de motivation qui pousse à proposer l'analyse, et les patients à accepter de la faire, nous sommes contraints d'admettre que ces processus dépendent beaucoup de facteurs qui sont inconscients, intersubjectifs et co-déterminés. Que Rothstein ait souhaité ou non pousser cette question aussi loin est une question secondaire. Son travail, du moins dans la lecture que j'en fais, nous encourage à définir de façon implicite une vue plus interactive et intersubjective du processus d'engagement dans l'analyse que ne le permettait la traditionnelle théorie archéologique.

Ce nouveau point de vue, particulièrement utile pour la compréhension et le traitement des patients les plus malades, implique que le processus analytique est quelque chose qui se produit, au moins à son début, si ce n'est pour de longues périodes – et peut-être certaines fois pour presque tout le traitement – dans le psychisme de l'analyste. Avec ces patients, le challenge pour l'analyste devient souvent celui du maintien de ce processus interne face non seulement aux résistances des patients mais aussi à leur désorganisation psychique évidente et aux fluctuations auxquelles nous pouvons nous attendre, en nous-mêmes, du niveau de confiance et de conviction, d'incertitude et de doute qui surviennent quand nous nous trouvons pris dans des conflits, dans le contretransfert, dans des agis, et dans les identifications projectives de nos patients, tous facteurs inévitables de notre participation au processus analytique (Levine, 1994).

Instaurer en soi-même une identité analytique solide, qui permette de s'attendre à être utilisé de différentes manières par différents patients (selon les injonctions et exigences de leur transfert et de leur confiance dans l'analyse) aidera les analystes à affronter ce challenge. Cette identité analytique sera basée sur leurs propres expériences des deux côtés du divan. Elle dépend aussi du fait de croire à l'utilité potentielle de l'analyse pour chaque dyade particulière et – et c'est peut-être là la chose la plus importante – à une théorie de la clinique et du fonctionnement mental qui permette aux analystes de sentir qu'ils opèrent d'une façon fermement chevillée à une théorie globale dont il peuvent

7 Pour une discussion sur la conviction affirmée de l'analyste quant au succès d'une analyse éventuelle, sur ses bases et ses effets sur le processus de sa proposition, voir Grusky (1999).

8 Ndt : HB Levine nous a précisé que, bien que ce ne soit pas là une façon de faire très codifiée aux USA non plus, il y est plus d'usage qu'en France, de proposer aux patients de tenter un temps d'analyse « à l'essai » pour voir si l'analyse se révèle profitable pour eux.

9 Ndt : HB Levine nous a précisé que, bien que ce ne soit pas là une façon de faire très codifiée aux USA non plus, il y est plus d'usage qu'en France, de proposer aux patients de tenter un temps d'analyse « à l'essai » pour voir si l'analyse se révèle profitable pour eux.

L'inversion proposée par Rothstein de l'ancienne et traditionnelle position sur l'analysabilité s'est montrée particulièrement valable pour encourager des candidats qui, du fait de leurs inexpérience et incertitude, ont souvent besoin d'un soutien et d'un encouragement pour être aidés à proposer une analyse à leurs patients. Elle est également utile pour soutenir les espoirs et le courage des futurs patients qui sont confrontés à la difficile décision de commencer ou pas une analyse. D'autre part, la façon catégorique dont Rothstein a affirmé qu'un essai d'analyse devait être offert à presque tous les patients qui cherchent un traitement a conduit à des questions

éprouver qu'elle reste vraiment analytique pour tout le spectre des patients et des situations qu'ils rencontrent. Réaliser que de telles oscillations sont des vicissitudes prévisibles du travail analytique soutiendra encore davantage les analystes dans l'aspect vital de leur tâche, qui consiste à maintenir une attitude analytique (Schafer, 1983) et dans leur façon de sentir de l'intérieur les processus et cadre analytiques (Bleger, 1966).

Le corollaire technique central qui découle de tout ceci est que l'analyste doit fermement s'en tenir, intérieurement, tout au long du traitement, à une perspective analytique. Il doit continuellement aller à la rencontre des mots et des actions du patient et de ce qui est mu en lui avec une réponse analytique. C'est vrai dès que l'analyste entrevoit la possibilité d'une cure, lors de la phase d'évaluation, puis le reste tout au long du traitement. Ainsi, par exemple, si, pour commencer, les patients répondent à la proposition d'une analyse ou d'un traitement intensif en exprimant des objections et des résistances, il est nécessaire que l'analyste « traduise » ces réponses, au moins en son for intérieur, voire au moyen d'interprétations à but exploratoire ou d'interventions plus explicites, en matière analytique : conflits, résistances, transfert, interprétations, etc.

De même, lorsque l'analyste pense au patient en termes « objectivants » tels que « convient pour l'analyse » ou « ne convient pas » ou « a besoin d'être référé à un collègue pour une médication ou un traitement non analytique », il faut évoquer l'hypothèse qu'il s'agisse là de fantasmes contre transférentiels surgis en réponse à quelque chose de désagréable (chez le patient et/ou dans l'interaction analyste-patient), quelque chose qui pousse à prendre de la distance ou qui provoque chez l'analyste le désir de rejeter son patient ou de s'enfuir (Rothstein, 1995). Bien que penser en termes de diagnostic, de pronostic ou de médication puisse être adéquat dans un contexte psychiatrique ou psychologique, avec une compréhension analytique, même lors du premier entretien, ceci devrait être considéré comme du matériel en attente d'une compréhension plutôt que comme un motif pour mettre en place des mesures spécifiques.

En voici une excellente illustration :

Il s'agit d'une jeune femme à la vie chaotique, angoissée, dépressive, présentant des idées suicidaires. Son histoire de vie est ponctuée de pertes violentes et traumatiques. Elle est brouillée avec son père. On lui a récemment diagnostiqué un cancer et elle est à la recherche d'un traitement. Elle espère stabiliser sa vie personnelle et professionnelle. A l'approche de son premier entretien, elle s'inquiète de savoir comment pouvoir repartir à moto après cette rencontre. Elle décide donc de garer son véhicule, dans la nuit qui précède le rendez-vous, à l'entrée de la clinique analytique. Cependant, lorsqu'elle arrive à son entretien, elle remarque que sa moto n'y est plus. Elle n'avait pas réalisé qu'elle l'avait garée dans une zone interdite et qu'elle avait été amenée à la fourrière comme l'indique clairement la signalisation, Elle ne peut réaliser qu'une chose : ses plans pour un départ en douceur ont été contrariés de façon inattendue. Elle entre dans le bureau de l'analyste très agitée, incapable de réfléchir ou d'explorer les raisons qui sous tendent son besoin de tenir sa moto prête au départ ou son état de détresse à constater sa disparition.

Quelle que soit l'origine ou la signification de cette première action – l'expression aveugle de quelque chose, probablement d'un état psychique peu ou non représenté ou peut-être de la rencontre ou du clivage entre des tendances impulsives et conflictuelles à fuir et à rester pour toujours – la turbulence qui l'envahit et qu'elle produit, à la fois en elle et chez l'analyste, est palpable. Confrontés à ce genre de premier contact, certains analystes concluraient que la patiente est trop anxieuse, impulsive ou désorganisée pour entreprendre une analyse. Cependant, pour cet analyste en particulier, cette situation constitue une initiation au « dialecte par l'action » qui est le mode d'expression de cette patiente pour exposer ses difficultés et au genre de terrain psychique sur lequel

cette analyse devra s'engager. Elle constitue une indication sur le type de travail transformationnel à venir en ce qui concerne la régulation affective de cette patiente.

Au début, l'analyste n'est pas encore au courant de l'histoire de la patiente mais il peut réaliser la panique que l'absence de la moto a provoquée et il se sent poussé à y répondre. L'analyste est mal à l'aise à l'idée de répondre à sa patiente d'une façon trop concrète et tournée vers la réalité, et a l'impression que la patiente n'est pas encore prête à explorer ou à comprendre les significations de ses actions et l'absence de liens avec les angoisses et fantasmes qui leur sont sous-jacents. Avec quelque hésitation, il fait remarquer que, si la patiente « regarde attentivement », elle pourrait voir le panneau indiquant la fourrière, ce qui, donc, lui indiquerait où retrouver sa moto.

Cette intervention soulage et calme la patiente et, tout du moins, elle instaure un cadre et une relation où sa panique peut être reconnue par l'analyste et où elle peut se sentir accueillie par une tentative de soulager cette angoisse. Elle favorise aussi la mise en place d'un espace dans la relation, espace où l'on pourra commencer à discuter et explorer cet incident et les situations de la vie de la patiente. A un niveau plus profond, la réponse apparemment « réaliste », de l'analyste constitue aussi une intervention non saturée (Ferro, 2002), représentant une compréhension intuitive des expériences de pertes catastrophiques, voire potentiellement irréparables, que la patiente affronte intérieurement. Considérée rétrospectivement, elle constitue un essai de transmettre à la patiente un : « Si nous lisons les signes attentivement, nous pouvons parler de vos vécus traumatiques et leur donner un sens ». Ou, plus symboliquement, « Il reste encore de l'espoir : vous avez le sentiment d'avoir irrévocablement perdu vos objets mais ils peuvent encore être retrouvés en vous, si vous savez où les chercher ».

On peut bien entendu douter de ce que ces significations aient pu être reconnues et comprises consciemment à l'avance, que ce soit par le patient soit par l'analyste. Il s'agit du genre de compréhension que l'on ne peut reconstruire qu'en après-coup et dans le contexte du travail et de la relation analytique ultérieurs.

Que cette première intervention ait plus transité par l'action que par l'interprétation et l'exploration verbale – elle pourrait ainsi même être plus être considérée comme une « action interprétative »¹⁰ (Ogden, 1994) – soulève la question qu'elle puisse aussi être comprise – alternativement ou simultanément, mais dans une autre perspective – comme un agi ou une réponse liée au contre-transfert, ce qui pourrait ultérieurement poser des problèmes dans l'analyse¹¹. Par exemple, elle aurait pu actualiser des relations d'objet internalisées investies impliquant que la panique de l'un induise de l'action chez l'autre. Cette intervention aurait aussi pu instaurer une tonalité ou une attente générales plus orientées vers l'action que vers une exploration réfléchie. Puisque là où en était la patiente, l'action était un « dialecte » important pour lui permettre d'exprimer son monde interne, une certaine forme de réponse par l'action, et une théorie clinique transformationnelle qui puisse l'inclure celle-ci et l'autoriser, pourraient bien s'être révélés essentielles si, dans ces conditions avec cette patiente-là et cet analyste-là, à ce moment-là, un traitement réalisable pouvait être commencé. Après avoir surmonté la tempête de ce premier entretien, cette analyste avait assez confiance dans l'image du monde interne de la patiente qui se formait en elle et leur potentiel commun à instaurer un processus analytique pour lui permettre de proposer une analyse. La patiente se sentit suffisamment apaisée et ayant eu l'impression qu'on lui avait répondu pour accepter l'offre. Cette analyse

10 Ndt : *interpretative action*.

11 Il vaut d'être pointé que la complexité de l'interaction psychique est telle que conceptualiser la réponse de l'analyste en tant que partie prenante d'un agi, avec les implications négatives que cela peut comporter, ne suffit pas à nier que, vue dans une autre perspective, elle puisse simultanément fonctionner en un sens positif.

(à quatre séances par semaine) allait se révéler bénéfique même si l'on ne pourrait en aucun cas la décrire comme « classique ».

Ce cas indique aussi que le maintien d'une position intérieure analytique dans les premières réponses au patient ne fait pas que préserver le registre d'un fonctionnement analytique dans l'esprit de l'analyste. Cela contribue aussi à se faire une représentation plus positive et équilibrée du patient au sein de la dyade, et à la création, dès le premier contact, d'un cadre analytique plus positif, teinté d'espoir et vivant. La première réponse de l'analyste et sa proposition d'analyse, exprimait sa confiance tranquille dans leur capacité commune à travailler ensemble, et ceci malgré les limites de la patiente. Cette réponse exprimait aussi sa confiance dans la possibilité qu'elles puissent, ensemble, créer une situation thérapeutique potentiellement bénéfique. L'encouragement et les potentialités véhiculés par cette première interaction, que la patiente put ressentir, ont conforté l'espoir et l'optimisme qu'elle mettait dans le traitement et contribuèrent au développement d'un inébranlable transfert positif. Sa panique avait été reconnue et abordée et on n'avait pas renoncé à une analyse en raison de son style d'expression orienté vers l'action, du contrôle initialement limité de son impulsivité, ou de sa capacité à penser de façon réfléchie sur elle-même et à utiliser les interprétations.

Souvent, dans des circonstances moins dramatiques et pour des patients moins perturbés, l'agir, qu'il faut accepter, gérer et, lorsque c'est possible, comprendre, signe la résistance initiale à la proposition d'un cadre et de la fréquence des séances ainsi qu'au cadre lui-même. Ces résistances, fondées sur des faits extérieurs vraisemblables, peuvent être considérées comme des métaphores, des agis et des phénomènes transférentiels reflétant des conflits, des fantasmes et des angoisses sous-jacents, toutes choses appelant à être transformées en quelque chose qui a une potentielle valeur communicative dans l'analyse et qui constituent les objets appropriés d'une investigation analytique à long terme¹².

L'attitude que je suggère d'adopter face aux objections et aux résistances du début concernant à une analyse ou à une thérapie intensive, est celle qui consiste à les considérer être des « communications par l'action ». Elle est analogue à l'attitude de l'analyste d'enfant sur le jeu. Bien que ces objections et résistances soient exprimées dans le dialecte de l'action, si l'analyste peut arriver à les considérer comme une forme de communication – c'est-à-dire la manière du patient d'actualiser (Sandler, 1976) et d'exprimer certains fantasmes, peurs et conflits – elles pourront alors être acceptées et avoir droit de cité dans le traitement de façon à pouvoir y être abordées. Garder ce principe à l'esprit aidera les analystes à maintenir une attitude initiale souple en ce qui concerne les caractéristiques extrinsèques de la situation analytique – fréquence, tarifs, divan ou pas – et, si nécessaire, ils laisseront le traitement commencer dans un cadre qu'ils ne considèrent pas comme idéal.

12 *La même chose peut être vraie quant à l'acceptation initiale d'une recommandation d'analyse que l'on pourra devoir, de la même façon, explorer et analyser.*

III

Maintenir un point de vue analytique

C'est un truisme que de dire que les analystes doivent en permanence être attentifs aux forces qui tendent à les faire diverger d'une écoute analytique optimale. Quand l'analyste peut maintenir une telle attitude, sa compréhension et ses interventions offriront au patient l'opportunité vivre de première main l'expérience pleine de sens de la valeur d'une compréhension analytique. Il est vrai que cette compréhension se reflète de façon manifeste dans les interprétations de l'analyste ou, indirectement, par sa qualité réceptive, son attitude d'écoute ou sa réponse intuitive. Dans ces cas, les patients qui ont directement fait l'expérience de ce qu'une compréhension et d'une relation analytiques ont à offrir n'auront pas à s'en remettre seulement (ou de façon prédominante) à l'autorité d'« expert » de l'analyste pour accepter ses propositions d'analyse ou de psychothérapie intensive.

Lorsqu'un analyste dit à un éventuel patient que l'analyse serait le meilleur traitement pour lui, il s'exprime en occupant une position d'autorité. Dans un certain sens, c'est le bon sens même. Après tout, le patient cherche de l'aide auprès de l'analyste comme un soignant formé et professionnel. En tant que tel, l'analyste possède une expertise en raison de sa formation et de son expérience en matière de diagnostics et traitements. Il n'est donc pas surprenant que le patient arrive en attendant des indications, des recommandations, ou un avis sur comment procéder. Cependant, ceci cadre le problème de manière surtout rationnelle, et pourrait servir d'écran à de la soumission, à de la compliance ou à d'autres réponses transférentielles s'inscrivant dans une relation de pouvoir.

Comme nous ne le savons tous que trop bien, les patients viennent souvent nous voir avec à l'esprit des idées (tant rationnelles qu'irrationnelles) spécifiques sur la façon dont le traitement sera, ou devrait être structuré. Ces idées ne sont pas seulement déterminées par des facteurs sociaux, culturels, ou d'autres facteurs qui restent extérieurs, tels que les expériences du passé, le genre de pratique-type dans une communauté donnée, ce que seront les tiers payants, etc. Elles sont aussi invariablement influencées par des facteurs inconscients tels que les conflits, les peurs, les fantasmes, les résistances et, en présence d'états mentaux non représentés, de tendances inchoatives à la décharge aveugle et à l'action. Il s'ensuit que, face des forces si écrasantes, considérer l'analyste comme une autorité de référence peut constituer une base assez fragile pour fonder un contrat thérapeutique.

A l'opposé, le patient qui fera une expérience directe d'une relation analytique bénéfique, qu'elle soit d'un genre archéologique ou transformationnel, aura une base bien plus solide sur laquelle initier un traitement analytique. Fournir aux patients une expérience directe sur laquelle fonder un jugement et une décision ne fait pas que poursuivre le but analytique de base (aider les patients à mieux et plus pleinement connaître leur propre vécu), mais contribue aussi à atténuer d'éventuels conflits de pouvoir et des tentatives de maîtrise en favorisant chez le patient confiance en soi et autonomie plutôt que dépendance à un avis d'expert.

Parfois, l'analyste échoue à maintenir un point de vue analytique pour des raisons circonstancielles. J'ai pu constater, par exemple, que pour certains analystes, il est souvent difficile, de maintenir ce point de vue lorsqu'ils travaillent auprès de patients dans des cadres conçus comme non analytiques. De nos jours, de nombreux analystes et candidats ont des fonctions multiples, dans des cadres de travail variés. Alors qu'il n'est pas nécessairement utile de « penser analytiquement », par exemple pour conduire un traitement comportementaliste ou pharmacologique, ça l'est quand il s'agit d'évaluer si un traitement analytique conviendrait à ces patients. Quand on cherche des patients pour un traitement analytique, il est toujours important de garder, au moins dans une par-

tie de son esprit, un point de vue analytique actif sur le patient qu'on est en train de voir, quels que soient le traitement ou le cadre en cours.

Paradoxalement la compréhension analytique d'un patient peut se diluer quand le traitement est déjà en cours, même s'il s'agit d'une thérapie analytique. C'est comme si le statu quo dans la thérapie allait indépendamment, à son propre rythme, et que la perspective même d'un possible approfondissement du travail, quel qu'il soit, commençait à être perdue de vue derrière les détails et les conflits abordés au jour le jour dans la thérapie. Alors que je pense, qu'en séance, le focus sur l'expérience de qui est en train d'émerger est le point de vue le plus approprié et le plus utile, je pense, par ailleurs, qu'il est parfois bon de faire le point hors séance, avec soi-même ou avec des collègues, pour prendre du recul et reconsidérer le traitement.

Dans ce but, j'ai pu suggérer à des analystes et à des candidats qui sont en train d'évaluer la possibilité de « créer » des patients en analyse de passer en revue leurs patients et de se reformuler les raisons du traitement du patient, ce que patient et thérapeute attendent de la thérapie, quelles ont été les configurations prédominantes du transfert et du contre-transfert, quels problèmes courants, tâches, résistances et autres conflits sont abordés. Cet exercice, analogue au « deuxième regard¹³ » (dans le sens de réexaminer la question) des Baranger (Baranger et al., 1983), amène souvent les collègues à se demander pourquoi ils n'ont pas déjà pensé ou proposé une intensification du traitement, et, dans la foulée, à se pencher attentivement sur les résistances et conflits mutuels révélés et touchés dans le traitement en cours. Qu'un patient donné accepte ou pas la recommandation d'un travail plus intensif ou d'une analyse, cet exercice aide souvent les thérapeutes à devenir plus efficaces au sein même de traitements déjà en place en se recentrant sur les peurs et les résistances surgies au cours du traitement et en reformulant ce qui doit être abordé et élaboré.

Une collègue est à la peine au cours d'une thérapie à deux séances par semaine avec un homme d'âge moyen qui, enfant, s'était senti incapable et indigne d'amour en raison d'un bégaiement prononcé. Il se décrit comme ayant été rejeté par son propre père à cause de son « défaut », un père dont il désirait la proximité et dont en même temps il se tenait à distance émotionnellement. En décrivant ce cas, ma collègue réalise son identification, inconsciente, avec le père du patient, identification méconnue jusque là. Elle aussi a été démotivée et s'est sentie repoussée par le mode relationnel de type « rapprochement-évitement » de son patient, ce qui, elle le réalise désormais, est le reflet des peurs du patient à être exposé et rejeté et ressemble à un « bégaiement psychique ».

Plus tard, le patient décrit comment, enfant, il s'était senti rejeté à l'encontre de ses orthophonistes car les exercices qu'ils lui donnaient à faire étaient trop simples et ne reflétaient pas précisément son potentiel de croissance. Bien que cette affirmation serve vraisemblablement à masquer un défaut de langage qui n'a été que trop apparent et douloureux et lui permette de surévaluer de manière compensatoire et grandiose son potentiel, elle ouvre aussi plus directement sur la prise en considération et la discussion des éléments suivants : le patient ressent-il (ou pas) que la thérapeute, elle aussi, échoue à percevoir ses intelligence et capacités innées, qui se tiennent derrière l'apparence manifeste, extérieure et superficielle, de son bégaiement (psychique) ?

De ce point de vue, ne pas proposer l'analyse, ou même une forme plus intensive de thérapie, n'est-il pas une répétition ou une mise en acte du passé traumatique du patient ? Désormais capable d'envisager ce cas en ces termes, ma collègue peut plus facilement prendre conscience de, et à réfléchir sur, son contre-transfert jusque là méconnu, aborder de façon plus spécifique certains aspects du transfert et des résistances dominantes dans la thérapie et résoudre le problème d'une résistance contre-transférentielle co-créée. Ceci ouvre un possible accès pour évoquer l'analyse avec ce patient.

IV

Autres considérations sur la technique

Se décentrer du statu quo quotidien du traitement en cours pour « penser analytiquement » à propos d'un patient peut avoir l'effet de renforcer ou de reprendre un dialogue interne sur fréquence la plus appropriée pour les séances. Introduire la question de la fréquence des séances directement au cours du premier entretien peut avoir un impact similaire sur le patient.

En voici un exemple. Vers la fin d'un premier entretien, alors qu'il est devenu clair qu'un patient et moi-même nous sentons à l'aise de nous revoir afin d'explorer plus avant ce que pourraient être les termes de notre travail en commun, je trouve utile de lui demander quand il souhaiterait revenir me voir. J'entends souvent une réponse surprise du genre de : « Je croyais qu'en thérapie on se voyait une fois par semaine », ou parfois une réponse plus réfléchie comme : « Quelles sont les possibilités ? ». Il est probable que demander au patient ce qu'il pense ou souhaiterait favorise le commencement ou le renforcement d'une tonalité d'exploration et de collaboration au travail et peut montrer au patient que la structure du travail est spécifique à la dyade et l'objet d'une réflexion en commun. Elle peut être conçue « sur mesure » en fonction des besoins de chacun.

Parfois la première demande du patient en ce qui concerne la fréquence des séances contient des déterminants psychiques symboliques spécifiques, qui doivent être analysés pour que le patient puisse découvrir ce qui relève de sa propre liberté de choix .

Une collègue d'un pays asiatique me contacte pour une demande de traitement. Elle appartient à une profession de santé mentale, s'intéresse beaucoup à l'analyse mais pratique dans une zone géographique où la formation à l'analyse, ou l'analyse elle-même, ne sont pas encore disponibles. Son mari est envoyé en poste aux USA pour une longue période et elle souhaite profiter du fait d'être là pour faire une analyse.

Comme au début son anglais est au très limité et que je ne sais pas parler sa langue, je suis inquiet que la langue ne soit un problème entre nous. Au début, je dois faire des efforts pour comprendre son anglais, doté d'un fort accent et j'ai envie de m'éloigner d'elle. Je la ressens comme « bizarre », « incompréhensible » et « trop étrangère » pour que je la prenne en traitement. Malgré cette première réponse, je continue cependant à la voir et, rapidement je me surprends en train de me construire une image de son monde interne.

Au cours d'une longue consultation, je peux lui formuler une interprétation éclairante, qu'elle semble trouver utile, et à laquelle elle associe d'une manière qui me donne de l'espoir. Cette séquence fait naître en moi un sentiment plus familier qui me redonne confiance en ma capacité à pouvoir me représenter intérieurement l'image d'un processus analytique entre nous malgré notre problème de langue. Je lui dis que si cela lui convient nous pouvons travailler ensemble et, lorsqu'elle acquiesce, je l'interroge sur la fréquence à laquelle elle souhaite me voir. Elle décrit sa situation financière et suggère que ce soit deux fois par semaine. Je lui demande pourquoi elle choisit cette fréquence et elle me répond qu'elle avait fait un bout de thérapie chez elle, avec le seul analyste formé de sa région d'origine. Malgré sa demande d'une fréquence analytique plus classique, il ne lui avait proposé qu'une séance par semaine et, à l'occasion, deux. Je lui en demande les raisons et elle me répond que, comme il s'agissait du seul analyste de cette région, il était très occupé et traitait d'autres patients, plus malades et qui avaient plus besoin de lui qu'elle-même. Il n'avait qu'une ou deux séances par semaine à lui donner. Elle m'explique que, dans sa culture, c'est mal élevé de demander plus que ce qui est offert, et tout particulièrement à de respectables anciens. Elle avait également craint que, comme il était âgé, l'effort d'un travail trop prolongé et trop dur puisse être

dangereux pour lui et que cela n'ait été trop lui demander. Ce dernier commentaire touche une corde sensible car elle me dit que sa mère, qui avait été une salariée travaillant dur, était morte d'un cancer quand elle-même avait 13 ans. L'image d'un deuil pathologique de sa mère et d'une culpabilité générée par leurs nombreux conflits commence à se former dans mon esprit.

En explorant ces questions plus avant, nous apprenons que ma patiente veut vraiment me voir plus que deux fois par semaine mais qu'elle craint que, comme son précédent thérapeute, je ne sois moi aussi trop occupé pour lui donner tout le temps qu'elle souhaite. Elle ne veut pas demander plus que ce que je suis prêt à lui donner et elle craint de me surcharger, de trop m'en demander, ou de pouvoir être responsable de me rendre malade. Une fois cette crainte mise en évidence, elle demande trois séances par semaine et nous commençons à nous voir à ce rythme. Mais j'en saurai plus sur cette histoire lorsque je lui poserai la question : « Pourquoi trois séances et non pas quatre ou cinq ? ».

La poursuite de l'exploration révèle que, dans sa langue d'origine, l'idéogramme du nombre « quatre » porte, inclus en lui, le symbole du mot qui signifie « mort ». Dans sa culture « quatre » est considéré comme nombre malchanceux et, pour elle, la quatrième séance est subjectivement « la séance de la mort ». Ainsi, à un niveau moins conscient, elle ne peut d'emblée demander quatre séances par semaine de peur que je ne sois abîmé ou détruit par le poids que représente sa demande, ou découragé par sa colère si sa demande se voyait refusée, comme elle avait inconsciemment redouté que ce n'ait été le cas avec de sa mère lors de son cancer!

Une fois ces différents sens ainsi que les fantasmes les conflits et les angoisses qui leur sont associés clarifiés et élaborés, l'analyse s'est poursuivie à quatre séances par semaine. Les sentiments de culpabilité liés au cancer et à la mort de sa mère et le besoin d'en faire le deuil restent des points importants de son analyse. Ils ont été abordés et élaborés avec de bons résultats à de nombreux niveaux. De plus, ma première réaction, celle où je l'avais considérée comme « étrangère » et « autre », s'est révélée être porteuse d'associations intéressantes en relation avec son histoire et ses attitudes conflictuelles envers les troupes américaines (« étrangères ») qui avaient conquis et bombardé son pays. Elles avaient aussi détruit le complexe militaro-industriel qui, pensait-elle, avait perverti sa culture traditionnelle et ses structures hiérarchiques.

La leçon que cet exemple illustre si clairement est que le choix même de la fréquence des séances peut être intimement, et de manière inextricable, lié à des conflits et fantasmes inconscients. Ce choix peut être plus spécifique, au niveau symbolique, qu'une simple question de facteurs extérieurs (temps, argent, attentes du patient, etc.) ou qu'une réaction trop généraliste comme des résistances face à la peur que de ce qui pourrait émerger ou être découvert au cours du traitement psychanalytique.

Une fois la thérapie en cours, il peut être bon d'attirer l'attention consciente du patient sur l'impact spécifique de l'espace et du temps qui s'écoule entre deux séances sur le traitement. C'est parfois le patient qui ouvrira la possibilité de le faire, en attirant indirectement l'attention sur cet intervalle par un long silence en début de séance, ou par une remarque en apparence « innocente », comme : « De quoi parlions-nous la dernière fois ? », ou : « Où en étions-nous restés lors de la dernière séance ? ». De telles remarques peuvent signaler tant au patient qu'à l'analyste que l'intensité affective ou la concentration se sont atténués dans l'intervalle et que la durée entre les séances pourrait y jouer un rôle.

Parfois, du point de vue des défenses du patient, ce refroidissement peut être tout sauf non désiré. Il peut même faire partie d'une stratégie globale plus inconsciente qui vise à diminuer l'intensité affective et à ralentir le processus d'exposition de soi, de la confrontation avec les limites de la réalité, du changement ou être l'effet d'un retour au flou et au gel qui témoignent d'états psychiques non

névrotiques. Mais, quelles que soient les problématiques sous-jacentes (que les intervalles entre les séances soient bienvenus ou des obstacles qui distraient et écartent des buts d'un traitement qui se fait progressivement, qu'ils reflètent des états psychiques représentés ou non représentés), attirer l'attention du patient sur ce qui arrive aux pensées et sentiments entre les séances et sur son impact sur le processus thérapeutique peut avoir un effet bénéfique en aidant le patient à se mobiliser à explorer et à analyser ses résistances au traitement et la manière dont la structure même du traitement va à l'encontre de buts thérapeutiques communs.

Anna Freud (1936) fit observer que la présence et les interventions de l'analyste menacent de déstabiliser le moi du patient. La perspective de relâcher ou d'abandonner des défenses qui visaient à éviter la reconnaissance de contenus et de sentiments anxigènes n'est pas toujours plaisante ou confortable, même si le patient reconnaît par ailleurs que ce travail est nécessaire pour le soulager des symptômes douloureux et pénibles qui l'ont conduit à demander un traitement. Nous découvrons souvent que les moyens que les patients ont utilisés pour se protéger sont la source des symptômes et frustrations qui les ont amenés à ce traitement. Bien qu'Anna Freud (1936) ait décrit ce processus en lien avec le refoulement par le moi de désirs inacceptables d'origine pulsionnelle et de souvenirs douloureux du passé, ce même raisonnement vaut pour la réintégration et la réunification de parties disparates d'un psychisme (clivé et/ou dissocié) et pour le processus même de changement qui, pour certains patients, ne peut être imaginé que comme une catastrophe (Bion, 1970). Cela signifie de fait que, dès que le patient se met à considérer ou à imaginer l'idée d'un traitement (analyse ou autre), il se peut qu'il se montre ambivalent sur l'impact et les conséquences qu'ils auront sur lui.

Une fois le traitement commencé, les peurs et terreurs liées à la découverte de soi-même, à la prise de conscience et à la découverte de la réalité et des perspectives de changement seront mobilisées. Dès lors, elles sous-tendent et sont inhérentes aux différentes formes de transfert et de résistances rencontrées et doivent être comprises. L'exploration, l'analyse et l'élaboration de ces mouvements transférentiels peuvent constituer un des noyaux importants du processus analytique, quelle que soit la fréquence des séances.

L'évaluation du rapport qui existe chez le patient entre, d'une part, ses peurs de s'exposer, de se connaître lui-même et du changement et, de l'autre, ses espoirs d'un soulagement de ses symptômes et d'une croissance émotionnelle est un point clé pour l'analyste qui propose une augmentation de la fréquence des séances ou un passage de la thérapie analytique vers l'analyse. Dans ce contexte, une invitation à un investissement thérapeutique plus intensif peut représenter une invitation à s'exposer à une menace plus grande, ou même à une plus grande dépense énergétique afin de garder cette menace à distance. Ainsi, la question du timing dans la proposition d'analyse doit-elle être gardée à l'esprit avec, pour principe, que plus le patient aura besoin de contact et de soutien, plus il aura l'impression que le traitement l'aide à soulager ses terreurs, plus il aura fait l'expérience directe des aspects évolutifs et bénéfiques d'un travail d'analyse qui contient, transforme et diminue terreur et anxiété, plus il développera un transfert positif (de façon réaliste) sur l'analyste et le traitement lui-même et plus il est probable que la proposition d'augmenter le nombre des séances soit acceptée.

Bien qu'on puisse justifier une intensification du traitement ou un essai d'analyse pour la plupart des patients et qu'ils pourraient en bénéficier, reconnaître que, pour le patient, l'équilibre entre espoirs et craintes puisse être précaire implique que les aider à atteindre une position confortable et où ils se sentent suffisamment en sécurité pour accepter se risquer à accepter cette proposition peut se révéler un long processus. Cela demandera un travail analytique considérable visant à réduire l'anxiété qui leur montrera que ce traitement est sans danger et que des changements peuvent être tolérés.

Dans certains cas, proposer une augmentation du nombre de séances ou une analyse est une réponse à la frustration et au désespoir éprouvés par les analystes quand ils se heurtent aux violentes résistances d'une partie très perturbée et angoissée du patient. Dans ce genre de cas, les conflits et forces du patient qui ont induit l'invitation à intensifier le traitement sont dans le même temps mobilisés pour s'opposer à une éventuelle possibilité d'accepter cette invitation. En effet, l'analyste peut finir par demander à des patients qui se sentent déjà terrifiés et menacés par le traitement en cours d'envisager de s'exposer encore davantage à des angoisses et à des situations vécues comme menaçantes, et ce avant même d'avoir offert au patient une opportunité suffisante pour diminuer ou maîtriser, de façon analytique, ces sentiments intenses. Il n'est pas surprenant que de telles offres soient si souvent repoussées.

Une femme mariée de 30 ans cherche un traitement en raison de difficultés au travail. Elle a l'impression que son patron ne la comprend pas, qu'il ne mesure ni ses efforts, ni le souci qu'elle a de se développer comme individu spécifique. Elle évoque aussi des difficultés dans son mariage avec un homme au chômage et qui s'est mis à trop boire. Dans son passé on note qu'elle a été une enfant précoce et que sa mère a été physiquement violente avec elle, psychotique par moments, et qu'elle a même pu essayer de la tuer.

Se servant de son emploi du temps comme une rationalisation, elle n'accepte au début qu'une seule séance par semaine. Lorsque les alcoolisations de son mari s'aggravent jusqu'à la crise, elle accepte la proposition de venir deux fois par semaine, en disant qu'elle recevrait ainsi plus de soutien à un moment où elle en a besoin. Malgré l'augmentation du rythme des séances, elle reste « collée à la réalité » et tournée vers les problèmes concrets, ayant une tendance à les extérioriser et montre une réticence à tourner son regard sur elle-même. Elle refuse de réfléchir à la proposition de son analyste d'intensifier encore le rythme des séances.

Elle utilise une métaphore parlante pour décrire son psychisme : celle d'un placard rempli, de boîtes fermées, empilées les une sur les autres, dont un grand nombre sont sans étiquette. Elle a l'impression qu'elle ne peut pas courir le risque de les ouvrir pour voir ce qu'il y a à l'intérieur, de peur de ce qu'elle pourrait y découvrir, de ce qui pourrait en sortir, ou de ce que sa thérapeute pourrait réaliser la concernant.

Inconsciemment, elle essaie de gérer sa relation à sa thérapeute en la maintenant en position de figure maternelle bonne et soutenante, ce qu'elle ne peut faire qu'au prix de « ne jamais ouvrir les boîtes ». Par conséquent, bien que le traitement soit un bon soutien, il y a peu de signes d'un approfondissement ou d'un mouvement vers un engagement plus libre, plus exploratoire et propre à une modalité analytique réflexive. La patiente est stabilisée mais ceci dépend d'un développement psychique et d'une évolution.

La thérapeute se sent frustrée et voudrait encore proposer un traitement plus intensif mais, pour des raisons qu'au début elle ne comprend pas, elle n'arrive pas à le faire. Elle se prend à penser qu'elles devraient se voir trois fois par semaine, plutôt que quatre ou cinq. Dans l'esprit de cette analyste, quatre ou cinq séances par semaine est pourtant le rythme « usuel » de l'analyse. Elle réalise bien qu'offrir à cette patiente moins que de coutume doit être déterminé par une résistance contre transférentielle.

En parlant à ses collègues, elle réalise que son souhait d'intensifier le traitement reflète, en partie, la frustration qu'elle éprouve face au gel qui s'est développé dans le processus - aucune boîte ne s'est ouverte, et face au peu de possibilités de contact personnel qu'a pu s'ouvrir le style sévèrement défensif de sa patiente. Ses collègues lui suggèrent que sa réticence à imaginer une quatrième ou cinquième séance peut aussi refléter la manière dont elle a « absorbé » l'image que la patiente a d'elle-même, image qu'elle a projetée sur elle, sa thérapeute, celle d'avoir un psychisme et un self

emplis de choses (de « boîtes ») qui sont trop dangereuses à ouvrir. Ceci peut aussi refléter sa colère envers sa patiente, qui a été si frustrante en ce qui concerne ses ambitions de thérapeute et son désir d'avoir un contact personnel plus riche. Ces suggestions aident la thérapeute à commencer à envisager qu'effectivement, ses objectifs thérapeutiques ont été contrariés.

Il est aussi vraisemblable qu'en plus de la métaphore représentée des boîtes, la gel même de la situation reflète des états mentaux peu ou non encore représentés de la patiente. La force perturbatrice que ces états exercent sur les deux membres de la dyade oeuvrent contre toute évolution du traitement. Ceci pèse aussi sur la thérapeute, qui est à la fois la cible des forces de sa patiente et identifiée à celles-ci. Finalement, elle se sent découragée, dévitalisée et il lui manque la résilience et l'espoir nécessaires à ce travail, à la fois durant les séances et dans son esprit.

Consulté, le groupe a permis de clarifier la situation transféro-contre-transférentielle complexe qui semblait être de rigueur entre cette thérapeute et sa patiente – chacune étant à un certain niveau inconscient identifiée à la mère meurtrière qui détruit le psychisme et l'espoir de l'autre. Il a aussi permis de clarifier l'ambivalence et la complexité de la relation inconsciente de la patiente et de son attitude envers le traitement et d'aider la thérapeute à se centrer sur les questions et angoisses qui doivent être abordées et élaborées par les deux partenaires.

Dans ce cas, la dimension d'acte – en plus du contenu – de cette clarification en groupe pourrait avoir été nécessaire car il a favorisé le rétablissement, dans le psychisme de la thérapeute et donc ensuite dans la dyade, d'un couple vivant et qui va de l'avant – celui de la thérapeute et du groupe – en plus, ou à la place, d'une dyade gelée et paralysée patiente-analyste. Ce nouveau mouvement aide la thérapeute à remobiliser sa capacité à ressentir et à penser de façon créative et analytique avec, et à propos de sa patiente. Pour la patiente, la thérapeute se présente comme un objet de transfert plus vivant, ce qui favorise la transformation du gel mortifère qui a commencé à bloquer la rencontre analytique. Pris ensemble, ces changements sont porteurs d'un potentiel de mobilisation et d'approfondissement du traitement et ce même à la fréquence actuelle de ses séances. Et, finalement, comme le traitement va s'approfondissant, ces changements aident la thérapeute à mieux évaluer les sentiments de terreur et de menace, puis à les réduire, si bien qu'une proposition d'analyse pourrait devenir acceptable.

V

Résumé et conclusions

J'ai élargi la définition de l'analyse pour y inclure autant les dimensions « transformationnelles » qu' « archéologiques » et j'ai plaidé pour une compréhension de l'analysabilité comme un processus émergent, dyadique et intersubjectif, extrêmement influencé par les attitudes et actions de l'analyste plutôt que comme quelque chose d'inhérent au seul caractère du patient. De ce point de vue, la possibilité d'instaurer un cadre analytique ne dépend pas seulement des caractéristiques préexistantes de la force du moi du patient mais aussi des capacités de la dyade analytique, ce qui inclut des capacités nouvellement formées et renforcées qui peuvent émerger comme une partie du travail analytique. Ce point de vue réduit le nombre de « préconditions » pour commencer une analyse et permet aux analystes de jeter un filet bien plus large dans leur recherche d'analysants potentiels. Il rend les analystes sensibles à la possibilité – en fait à la nécessité – de créer, plutôt que de simplement découvrir des capacités analytiques chez les patients. Ces capacités sont spécifiques à chaque dyade analytique et sont intimement liées à la qualité du fonctionnement psychique et à la participation de l'analyste. Ces qualités, à leur tour, reposent sur les fondations conjointes d'une identité analytique forte et d'une attitude positive à l'égard des possibilités offertes par le traitement analytique¹⁴, qui sont d'une importance fondamentale car ce sont elles qui :

soutiendront la capacité de l'analyste à maintenir un point de vue et une attitude analytiques par rapport à tout ce qui perlera de la relation analytique et ce depuis le début,

soutiendront la capacité de l'analyste à maintenir dans son esprit une façon de voir en termes de processus analytique avec un patient et ceci même en l'absence d'un discours analytique classique,

soutiendront la détermination de l'analyste à analyser et à utiliser de façon analytique tout ce qui émerge chez le patient ou chez l'analyste plutôt que d'y répondre seulement au niveau de la réalité objective.

Dans le même temps, ce sont ces qualités et ces capacités de l'analyste qui donneront au patient le plus de chances de vivre directement une expérience analytique positive, de créer un espoir dans les possibilités de ce traitement, et de trouver la force de se risquer à s'engager dans une thérapie analytique intensive.

References

Bachrach H, et al. (1991). On the efficacy of psychoanalysis.

J Am Psychoanal Assoc 39:871–916.

Baranger M, Baranger W, Mom J (1983). Process and non-process in analytic work.

Int J Psychoanal 64:1–16.

Bernstein SB (1983). Treatment preparatory to psychoanalysis.

J Am Psychoanal Assoc 31:363–90.

14 *Il n'est pas seulement question d'adopter une attitude volontairement positive mais aussi d'y associer un engagement à explorer, en nous-mêmes et avec des collègues bienveillants, les inévitables doutes, hésitations et résistances – et même parfois la pure haine ! – qui peuvent surgir envers l'entreprise analytique (Scarfone, communication personnelle).*

- Bion W (1979); Robert F (trad). Aux sources de l'expérience.
Paris. Presses Universitaires de France. Ouvrage original publié en 1962, sous le titre Learning from experience, New York, Basic Books.
- Bion W (1974); Kalmanovitch J (trad). L'attention et l'interprétation.
Paris, Payot. Ouvrage original publié en 1970, sous le titre Attention and interpretation, London, Tavistock Publications.
- Bion W (2005), Poulain-Colombier J (trad). Cogitations.
In Press. Ouvrage original publié en 1992, sous le titre Cogitations, H. Karnac (Books) Ltd.
- Bleger J (1966). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In : Symbiose et ambiguïté.
Paris, Presses Universitaires de France, 1981, pp 282-299.
Ouvrage original paru en 1967 sous le titre Simbiosis y ambigüedad, Buenos Aires, Paidós.
- Bornstein M, Escoll PJ, Levine HB, editors (2000). Where have all the psychoanalytic patients gone? Commentaries inspired by Arnold Rothstein's Psychoanalytic technique and the creation of analytic patients. *Psychoanal Inq* 20:611-27.
- Botella C, Botella S (2001). La figurabilité psychique. Paris, In Press.
- Ferro A (2000). La Psychanalyse comme oeuvre ouverte. Ramonville-Sainte-Agne, Eres 2000.
Ouvrage original publié en 1996 sous le titre Nella stanza d'analisi. Emozioni, Racconto, Trasformazioni, Milano, Cortina Raffaello.
- Ferro A (2004). Facteurs de maladie, facteurs de guérison.
Paris, In Press. Ouvrage original publié en 2002 sous le titre Fattori di malattia, fattori di guarigione, Milano, Cortina Raffaello.
- Freud A (1936) Le moi et les mécanismes de défense.
Berman A trad. Paris, Presses Universitaires de France, 1949.
- Freud S (1900) ; Meyerson I (trad) rev Berger D. L'interprétation des rêves.
Paris, Presses Universitaires de France, 1967.
- Freud S (1920) ; Laplanche J & Pontalis B (trad). Au delà du principe de plaisir.
In : Essais de psychanalyse. Paris, Payot, 1981, pp 41-115.
- Freud S (1923) ; Laplanche J (trad). Le moi et le ça, in : Essais de psychanalyse.
Paris, Payot, 1981, pp 255-302.
- Freud S (1937a), Althounian J et al (trad). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin.
In : Résultats, idées, problèmes II, Paris, Presses universitaires de France, 1985, p 2231-268.
- Freud S (1937b); Hawelka ER et al (trad). In: Résultats, idées, problèmes II,
Paris, Presses universitaires de France. , 1985, p 269-285.
- Gill MM (1994). Psychoanalysis in transition. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Green A (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique.
In : la folie privée : psychanalyse des cas-limites. Paris, Gallimard. pp 63-102.
- Green A (2002a). Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine.
Paris, Presses Universitaires de France.
- Green A (2002b). La pensée clinique. Paris, Odile Jacob. (2005b).
- Greenberg J (2001). The analyst's participation: A new look.
J Am Psychoanal Assoc 49:359-80.

- Grusky Z (1999). Conviction and conversion: The role of shared fantasies about analysis. *Psychoanal Q* 68:401–30.
- Hoffman IZ (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanal Q* 63:187–218.
- Kantrowitz J (1993). Outcome research in psychoanalysis: Review and recommendations. *J Am Psychoanal Assoc* 41S:313–29.
- Kantrowitz J (1995). The beneficial aspects of the patient–analyst match. *Int J Psychoanal* 76:299–313.
- Kantrowitz J, et al. (1989). The patient–analyst match and the outcome of psychoanalysis: A pilot study. *J Am Psychoanal Assoc* 37: 893–919.
- Levine HB (1985). Psychotherapy as the initial phase of a psychoanalysis. *Int Rev Psychoanal* 12: 285–97.
- Levine HB (1994). The analyst's participation in the analytic process. *Int J Psychoanal* 75: 665–76.
- Levine HB, Friedman R (2000). Intersubjectivity and interaction in the analytic process: A mainstream view. *Psychoanal Q* 69: 63–92.
- Money-Kyrle R (1956). Normal countertransference and some of its deviations. *Int J Psychoanal* 37: 360–6.
- Ogden T (1994). The concept of interpretive action. *Psychoanal Q* 63: 219–45.
- Rappaport EA (1960). Preparation for analysis. *Int J Psychoanal* 41: 626–32.
- Reith B, Crick P et al. (2007). La dynamique spécifique des premiers entretiens : changer de niveau ou ouvrir un espace de sens ? Compte-rendu de la phase 1 de l'étude sur les premiers entretiens du Groupe de Travail sur le Déclenchement du Processus Psychanalytique (WPIP). *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse n° 64, supplément, pp 67-93.*
- Rothstein A (1995). *Psychoanalytic technique and the creation of analytic patients.* Madison, CT: International UP.
- Sandler J (1976). Actualization and object relationships. *J Philadelphia Assoc Psychoanal* 3: 59–70.
- Schafer R (1983). *The analytic attitude.* New York, NY: Basic Books.
- Winnicott DW (1969) ; Kalmanovitch J (trad). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris. Payot. Ouvrage original paru en 1958 sous le titre *Through paediatrics to psychoanalysis,* London, Tavistock.